

正

2024年12月2日法改正により、健康保険証の新規発行は廃止となりましたが、被扶養者の届出は必要です。

# 健康保険被扶養者(異動)届

※退職後、任意継続加入者用

令和 年 月 日提出

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

被保険者	被保険者の記号・番号	8888	資格取得年月日	令和 年 月 日	氏名		生年月日	昭平 年 月 日	電話番号	
	現住所または居所	〒	この届を出す時点の年間所得		千円	退職前の被扶養者数	名	任意継続加入時の被扶養者数	名	

被扶養者	届出種別	(フリガナ) 氏名	性別	上段：生年月日 下段：個人番号(12桁) ※個人番号は記入例参照	職業 続柄	現住所または居所	被保険者との世帯別	任意継続資格取得日 (事実の発生日)	扶養申請理由	年間見込収入について		この欄は記入しないで下さい	
										収入見込額 収入の名目	年間収入申立 ※収入有の方のみ	認定年月日	備考
被扶養者	任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年	
			女				<input type="checkbox"/> 別	年 月 日			<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日	
	任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年	
			女				<input type="checkbox"/> 別	年 月 日			<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日	
	任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年	
			女				<input type="checkbox"/> 別	年 月 日			<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日	
	任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年	
			女				<input type="checkbox"/> 別	年 月 日			<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日	

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。	資格確認書 交付申請書 添付	【 事業主の証明 】 上記の通り、相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 任意継続
	<input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	※職権交付のため、原則なしに☑記入。 詳細は記入例を参照してください。  <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
<p>〔提出上の注意〕★白黒印刷の提出で構いません。</p> <p>1. 用紙は正・副の2枚あります。必ず、すべて記入し「添付書類」と一緒に2枚とも健保組合へ提出して下さい。 未記入や不備不足がありますと扶養認定できない場合があります。</p> <p>2. 記入例のsheetに詳細な説明がございます。 必ずご確認いただき、記入漏れのないようお願いいたします。</p> <p>3. □欄は必ず☑をご記入ください。</p> <p>4. 被保険者の記号・番号欄は記入不要です。 ※健保で記入します。</p>		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 担当者名	

副

被扶養者

認定  
否認

通知書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者の記号・番号	8888	資格取得年月日	令和 年 月 日	氏名		生年月日	昭平 年 月 日	電話番号					
	現住所または居所	〒	この届を出す時点の年間所得		千円	退職前の被扶養者数	名	任意継続加入時の被扶養者数	名					
被 扶 養 者	届出種別	(フリガナ) 氏名	性別	上段：生年月日 下段：個人番号(12桁)	職業 続柄	現住所または居所	被保険者との世帯別	任意継続資格取得日 (事実の発生日)	扶養申請理由	年間見込収入について 収入見込額 収入の名目	年間収入申立 ※収入有の方のみ	認定年月日	備考	
	任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年		
			女	※この欄は記入しない			<input type="checkbox"/> 別	年 月 日				<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日	
	任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年		
			女	※この欄は記入しない			<input type="checkbox"/> 別	年 月 日				<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日	
任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年			
		女	※この欄は記入しない			<input type="checkbox"/> 別	年 月 日				<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日		
任継取得		男	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同	令和	任意継続資格取得	千円	<input type="checkbox"/> 給与のみ	令和 年			
		女	※この欄は記入しない			<input type="checkbox"/> 別	年 月 日				<input type="checkbox"/> 給与以外あり	月 日		

令和 年 月 日提出の被扶養者(異動)届に基づき審査の結果、上記の者を令和 年 月 日付で被扶養者

と認定  
として否認

したので通知します。

(注) 事業主は、健康保険法施行規則第34条により、この通知書を完結の日から2年間保存して下さい。  
また、この通知が被保険者の届出又は申請内容と異なる時は、被保険者に通知して下さい。

事業主 殿

令和 年 月 日

DM三井製糖グループ健康保険組合

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

(教  
示  
文  
)

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。